

GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA
COMPRENDER LA COBERTURA DEL
SEGURO DE SALUD PARA LA SALUD
MENTAL Y TRASTORNO
POR USO DE
SUBSTANCIAS



Maryland
INSURANCE ADMINISTRATION

GUÍA DEL CONSUMIDOR PARA
COMPRENDER LA COBERTURA DEL
SEGURO DE SALUD PARA LA SALUD

MENTAL Y TRASTORNO POR USO DE SUBSTANCIAS



Maryland
INSURANCE ADMINISTRATION

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción 1

Consejos para seleccionar un plan de salud 1

Términos clave del seguro 2

Cómo obtener una autorización previa para la cobertura del seguro de salud privado para enfermedades mentales, trastornos de salud emocional y emergencias por trastornos de consumo de sustancias 4

Cómo funciona su plan de salud 5

Sus derechos cuando su aseguradora u obra social (HMO) no pagará por los servicios de atención médica. 7

Recursos de salud 10

Información para ayudar con la autorización previa de reclamos 14

INTRODUCCIÓN

Comprender la cobertura de su seguro de salud para trastornos de salud mental y consumo de sustancias es un área que muchas personas consideran difícil. Este conjunto de herramientas le ayudará a comprender mejor su cobertura.

CONSEJOS PARA SELECCIONAR UN PLAN DE SALUD

Comprar cobertura médica puede ser confuso. Para tomar una decisión informada, es importante entender:

1. qué servicios están cubiertos;
2. la prima (el precio de la póliza);
3. cualquier costo de atención médica que tendrá que pagar, como coseguro, copagos o un deducible;
4. si sus proveedores de atención médica están dentro o fuera de la red.

Al elegir un plan, lea los documentos del plan con cuidado para asegurarse de comprender todas las reglas y los costos asociados con el seguro. Asegúrese de que los servicios y suministros cubiertos se ajusten a sus necesidades. A continuación, encontrará algunos consejos que debe considerar al comparar diferentes planes.

Resumen de beneficios y cobertura – Si se está inscribiendo en el plan de salud grupal de su empleador, o si está comprando un plan de salud individual, debería leer el Resumen de beneficios y cobertura de cada opción. Es posible que tenga que buscar en el sitio web para encontrarlo. Este Resumen debe proporcionarle información sobre la cobertura para el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias.

Inscripción abierta – si no tiene cobertura de salud a través de una póliza grupal, deberá comprar una póliza individual. Las pólizas individuales sin suscripción médica solo están disponibles durante el período de inscripción abierta anual¹ a menos que califique para un período de inscripción especial. Puede haber créditos fiscales disponibles para reducir la prima que tiene que pagar. Puede comunicarse con Maryland Health Connection o con un productor autorizado (agente/corredor) para obtener ayuda. Si no se inscribe durante un período de inscripción abierta o especial, es posible que pueda obtener una póliza médica a corto plazo, pero es posible que esto no cubra las condiciones preexistentes.

1 Visite www.marylandhealthconnection.gov para obtener más información sobre el período de inscripción abierta.

Detenerse. Llamar. Confirmar. – Si alguien intenta venderle una póliza, asegúrese de que sea una póliza legítima y que la ley de Maryland le permita a la persona inscribirlo. Llame al número gratuito de la Administración de Seguros de Maryland al 1-800-492-6116 para asegurarse de que la compañía tenga licencia y que la persona que está tratando de venderle una póliza esté autorizada para vender seguros.

Registro de los pagos. – Considere pagar con cheque, giro postal o giro bancario a nombre de la compañía de seguros².

TÉRMINOS CLAVE DE SEGUROS

Monto permitido – El monto máximo que la compañía de seguros pagará por un servicio de atención médica cubierto. Esto a veces se denomina “asignación de pago” o “tarifa negociada”. Si su proveedor de atención médica está fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre lo que su proveedor cobra y el monto permitido por la compañía de seguros. Consulte a continuación *Facturación de saldo y proveedores fuera de la red*.

Asignación de beneficios – Un contrato legal utilizado para transferir los derechos a los beneficios bajo un plan de atención médica de usted (el asegurado) al proveedor de atención médica. Si hay una asignación de beneficios, el plan de salud³ pagará el monto permitido por los servicios directamente al proveedor. Elimina la necesidad de que usted le pague al proveedor por completo y luego solicite el reembolso del monto permitido. Sin embargo, tenga en cuenta que es posible que aún le deba al proveedor un copago, coseguro y el saldo entre el monto permitido y el monto facturado por el proveedor. Consulte Facturación de saldo a continuación. Las compañías de ambulancias también pueden aceptar una asignación de beneficios. Puede solicitar al proveedor un acuerdo de este tipo o el proveedor puede pedirle que firme uno.

Facturación de saldo – Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y el costo de estos servicios supera el monto permitido, se le puede permitir al proveedor que le facture la diferencia. En algunas circunstancias, puede estar protegido contra la facturación del saldo. Por ejemplo, si lo trata un médico de Maryland en una sala de emergencias, la ley puede protegerlo. Si tiene una opción de proveedores y elige un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar el monto total de la factura del proveedor.

² El término “compañía de seguros” incluye HMO y planes de servicios de salud sin fines de lucro, así como aseguradoras.

³ A lo largo de este documento, “compañía de seguros” y “plan de salud” tienen el mismo significado.

Coseguro – Esta es su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto. El coseguro se aplica después de que se haya cubierto cualquier deducible. Su parte es un porcentaje, como el 20 %, del monto permitido para el servicio. Este es un ejemplo de cómo funciona:

- Su radiografía cuesta \$200.
- La compañía de seguros tiene un monto permitido de \$150.
- Su coseguro es del 20%.
- Suponiendo que su deducible ya haya sido cubierto, usted paga el 20% de \$150, que es de \$30 y la compañía de seguros paga los \$120 restantes.

Copago – Este es un monto fijo en dólares que debe pagar por un servicio en particular. El monto puede ser diferente según el tipo de servicio y si el servicio lo proporciona un proveedor dentro o fuera de la red. Por ejemplo, su plan puede requerir un copago de \$20 para una visita al consultorio de un proveedor dentro de la red y un copago de \$40 para una visita al consultorio de un proveedor fuera de la red. Esta tarifa puede ser adicional a cualquier deducible por el cual usted sea responsable conforme al plan.

Deducible – Esta es la cantidad de dinero que debe pagar por los servicios cubiertos antes de que su compañía de seguros comience a realizar los pagos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios cubiertos por su póliza o plan. Comuníquese con su compañía de seguros para obtener una lista de los servicios que no están sujetos a un deducible con su póliza o plan. Para un servicio sujeto al deducible, usted o su proveedor de atención médica presentarán un reclamo a su compañía de seguros. La compañía de seguros aplicará el monto permitido por cada servicio cubierto a su deducible. Cuando el total de los montos permitidos sea igual a su deducible (también conocido como “alcanzar” el deducible), la compañía de seguros comenzará a pagar los reclamos. Hasta que alcance su deducible, deberá pagar el monto permitido a su proveedor de atención médica. Después de alcanzar su deducible, pagará solo cualquier coseguro o copago aplicable. En general, tendrá que alcanzar su deducible cada año. Recuerde que, aunque su proveedor puede aceptar presentar un reclamo en su nombre, usted es legalmente responsable de pagarle al proveedor por los servicios.

Proveedor dentro de la red – Un proveedor dentro de la red tiene un contrato con su compañía de seguros. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, generalmente solo tendrá que pagar su deducible y cualquier copago o coseguro aplicable. Es posible que un proveedor de la red no le facture el saldo.

Proveedor fuera de la red – Un proveedor fuera de la red no tiene un contrato con su compañía de seguros. Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, es posible que la compañía de seguros no tenga que pagar ninguna parte de los cargos, o su copago o coseguro pueden ser más altos que si un proveedor dentro la red hubiese prestado los servicios.

Máximo de bolsillo – Este es el monto máximo que paga antes de que su compañía de seguros pague el monto permitido por los servicios de atención médica cubiertos. Según los términos de su póliza o plan, el máximo de bolsillo puede incluir deducibles, copagos

y coseguros. Consulte con su compañía de seguros para determinar qué se incluye en este monto en su póliza o plan.

Prima – El monto que usted o su empleador pagan a su compañía de seguros por su póliza o plan. Este monto puede pagarse mensual, trimestral o anualmente. Si no paga la prima, se cancelará su póliza o plan. Para obtener más información sobre cómo las compañías de seguros determinan las primas, consulte *Frequently Asked Questions: Health Insurance Rates and the Review Process* (Preguntas frecuentes: tasas de seguros de salud y proceso de revisión) en www.insurance.maryland.gov.

Servicios preventivos – No necesita cumplir con su deducible antes de recibir los servicios preventivos de un proveedor dentro de la red, o antes de que la compañía de seguros los pague. Tampoco tiene que pagar un copago o coseguro por los servicios preventivos que recibe de un proveedor dentro de la red. Los servicios preventivos incluyen exámenes de detección y vacunación, así como otros servicios. Para obtener una lista completa de los servicios preventivos que están cubiertos por su plan de salud sin costo para usted, consulte con su compañía de seguros. Por lo general, los servicios preventivos no incluyen el diagnóstico o las consultas de seguimiento y los servicios por problemas. Si visita a su proveedor de atención médica y habla sobre un problema de salud, es posible que se le cobre el deducible, coseguro o copago por la parte de la visita relacionada con el problema, incluso si el propósito inicial de la visita fue preventivo.

CÓMO OBTENER UNA AUTORIZACIÓN PREVIA

PARA LA COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD PRIVADO PARA ENFERMEDADES MENTALES, TRASTORNOS DE SALUD EMOCIONAL Y EMERGENCIAS POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Para iniciar el proceso de obtener autorización para una internación por enfermedad mental, trastorno de salud emocional o trastorno por consumo de sustancias, **llame primero al número que figura en el reverso de la tarjeta de identificación del seguro de salud del paciente.**

La compañía de seguros le preguntará qué instalaciones le gustaría usar para el paciente o qué tratamiento se requiere. La compañía de seguros le informará qué documentos necesitan para tomar una decisión sobre la cobertura. Maryland requiere que los planes de salud utilicen el Formulario de plan de tratamiento uniforme si el plan de salud está sujeto a la ley de Maryland. Un Formulario de plan de tratamiento uniforme es un documento en el que un proveedor registra la información necesaria para que el plan de salud determine si preautorizará los servicios o instalaciones solicitados.

Si un paciente está en peligro inminente para sí mismo o para otros, y el médico o psicólogo del paciente y un miembro del personal médico del centro que tiene privilegios de internación toman la decisión, la compañía de seguros de salud no puede negar las primeras 24 horas de internación basada en necesidad médica. Notifique a la compañía de seguros lo antes posible.

Para una internación de emergencia para el tratamiento de una enfermedad mental, un trastorno de la salud emocional o un trastorno por consumo de sustancias, la compañía de seguros debe decidir si preautorizar el tratamiento dentro de las dos horas posteriores a la recepción de los documentos solicitados.

Si la compañía de seguros niega la solicitud de internación, llame a la Administración de Seguros de Maryland (MIA) al 1-800-492-6116. La MIA está disponible las 24 horas del día para quejas en emergencias cuando aún no se ha brindado atención. En caso de emergencia, la MIA tomará una decisión dentro de las 24 horas.

Si la MIA no regula el plan de seguro de salud, su reclamo se enviará a la agencia que regula el plan.

Las compañías de seguros no pueden tomar represalias contra un proveedor por presentar una apelación de denegación ante la compañía de seguros o un reclamo ante la MIA.

La Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland puede ayudarlo a presentar una apelación o un reclamo. Puede comunicarse con ellos al 410-528-1840 (en Baltimore) o al 1-877-261-8807.

Si cree que la compañía de seguros no está cumpliendo la ley, o le niega una internación de emergencia, llame a la Administración de Seguros de Maryland al 1-800-492-6116.

Es posible que una aseguradora, un plan de servicios de salud sin fines de lucro o una HMO que proporcione cobertura para los beneficios para el trastorno por consumo de sustancias o medicamentos recetados no requiera una autorización previa para los medicamentos recetados utilizados para el tratamiento del consumo de sustancias de un trastorno por consumo de opioides y si la receta contiene metadona, buprenorfina o naltrexona.

CÓMO FUNCIONA SU PLAN DE SALUD

Antes de buscar atención médica, es importante que entienda cómo funciona su plan de atención médica. También es importante que entienda lo que cubre el seguro y lo que debe pagar.

¿Cómo puede obtener más información sobre el tipo de plan de beneficios que tiene y lo que deberá pagar después?

- Puede llamar al departamento de atención al cliente del plan de salud o visitar el sitio web de la compañía. Si recibe los beneficios de salud de su empleador, también puede llamar a su departamento de recursos humanos.
- A veces se le informará que un proveedor “participa” con su plan de salud o “acepta” el pago directamente de su plan de salud. Un proveedor que “acepta” su seguro puede estar fuera de la red. Pregunte si el proveedor es un proveedor dentro de la red.
- Si el proveedor está fuera de la red, haga preguntas para determinar cuánto costará recibir servicios.
- A menos que sea una emergencia o cuando no tenga control sobre qué proveedor consultará, ***siempre debe averiguar si un proveedor está dentro o fuera de la red antes de recibir los servicios.*** Es fundamental conocer esta información, ya que determina la cantidad de dinero que deberá pagar después. Visite el sitio web del plan de salud, específicamente el directorio de proveedores en línea, para ver si su proveedor de atención médica participa o no en el plan. Puede llamar al departamento de atención al cliente del plan de salud.

¿Qué significa ser un proveedor “dentro de la red”? ¿Qué tendrá que pagar cuando consulte a un proveedor “dentro de la red”?

Un proveedor “dentro de la red” es un proveedor de atención médica, como un médico, un hospital y otro profesional de atención médica que tiene licencia o autorización para brindar servicios de atención médica en Maryland, que aceptó un monto fijo en dólares de su plan de salud para proporcionarle servicios cubiertos y tiene un contrato con su compañía de seguros. Al recibir atención de un proveedor dentro de la red, es posible que deba pagar un copago, un coseguro y un deducible, pero no se le puede facturar el saldo. Consulte con su plan de atención médica y proveedor para saber si un proveedor está dentro de la red y para averiguar cuánto tiene que pagar cuando usa un proveedor dentro de la red.

¿Qué significa ser un proveedor “fuera de la red”?

Si no hay un contrato entre el proveedor y su plan de salud, ese proveedor se conoce como un proveedor “fuera de la red”. Es posible que su plan de beneficios de salud no pague los servicios si consulta a un proveedor fuera de la red y usted será responsable de la factura completa. Algunos planes de beneficios de salud establecen límites cuando puede ver a un proveedor fuera de la red y algunos planes pagarán una parte más pequeña de la factura si recibe servicios fuera de la red que si lo hace dentro de la red. Revise su plan para asegurarse de que conoce las reglas.

¿Debo pagar por adelantado los servicios al proveedor de atención médica y luego obtener un reembolso, o mi plan de atención médica puede pagarle directamente al proveedor?

Puede pagarle directamente al proveedor de atención médica y luego solicitar el reembolso a su plan. Pero también puede autorizar al plan a pagarle directamente al proveedor asignándole beneficios. Para asignar beneficios, tendrá que firmar una “asignación de beneficios”, que es un acuerdo legal que autoriza a su plan a pagar al proveedor designado por los servicios de atención médica que brindaron. Puede asignar el pago a un proveedor de atención médica, hospital o compañía de ambulancia.

¿Qué hago si no puedo encontrar un especialista dentro de la red?

Si su plan de salud no tiene un especialista dentro de la red que pueda proporcionar servicios médicamente necesarios, puede solicitar la aprobación del plan de salud para ver a un especialista fuera de la red. Se requiere a los planes de salud sujetos a la ley de Maryland que le permitan consultar a un especialista fuera de la red si no hay un especialista dentro de la red que pueda proporcionar servicios médicamente necesarios y si se cumplen ciertas condiciones. Sus reclamos se pagarán según su deducible, coseguro o copago dentro de la red. El especialista puede acordar una tarifa con el plan de salud, pero puede facturarle el saldo si no hay un acuerdo.

Debe solicitar la aprobación antes de recibir los servicios. Su póliza debe incluir información sobre cómo solicitar aprobación. Puede llamar al número de servicio al cliente que se encuentra en su tarjeta de identificación de membresía para preguntar cómo solicitar la aprobación. Debe ser claro que es médicamente necesario que consulte a un especialista fuera de la red porque no hay un especialista dentro de la red. Si se encuentra en un plan de salud que requiere una referencia, su médico de atención primaria puede ayudarlo.

Si su solicitud es denegada, tiene derecho a apelar la denegación. Si el plan de salud rechaza la solicitud porque no es médicamente necesario que vea a un especialista fuera de la red, la negación se trata como cualquier otra negación basada en la necesidad médica.

Si elige ver a un especialista fuera de la red, y había especialistas dentro de la red disponibles, los servicios estarán cubiertos solo si tiene beneficios fuera de la red.

SUS DERECHOS

CUANDO SU SEGURO DE SALUD⁴ NO PAGARÁ POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Si su proveedor de atención médica⁵ le informa que se necesita un determinado servicio de atención médica, pero su asegurador de salud no está de acuerdo, usted tiene derecho a apelar esa decisión y a que un experto médico independiente también la revise, conocido también como una organización de revisión independiente (IRO)⁶.

Así es como funciona el proceso:

Paso 1: Recibirá una carta de su aseguradora de salud informándole sobre su decisión.

Paso 2: Siga las instrucciones en la primera carta de denegación que reciba de su aseguradora de salud o HMO para pedirle a su aseguradora de salud que reconsidere su decisión. Si desea ayuda, comuníquese con la Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland al 877-261-8807 para obtener ayuda. Su proveedor de atención médica, o alguien a quien usted autorice para ayudarlo, también puede hacer esto en su nombre.

Paso 3: Si su aseguradora de salud confirma su decisión original de denegar el pago por el servicio de atención médica, es posible que un experto médico independiente revise su caso, quien decidirá si el servicio de atención médica que su proveedor de atención médica recomienda es médicamente necesario. La Unidad de Educación y Defensa de la Salud también puede ayudarlo con esto.

Paso 4: Si su póliza le permite presentar una queja ante la Administración de Seguros de Maryland (MIA), la MIA enviará su caso a un experto médico independiente. La MIA le enviará una copia de la opinión del experto médico independiente. Si su póliza no le permite presentar una queja ante la MIA, su aseguradora de salud enviará su caso a un experto médico independiente. La carta de su aseguradora de salud le informará si puede presentar un reclamo ante la Administración de Seguros de Maryland. Hay límites de tiempo para presentar un reclamo, así que lea cuidadosamente su carta.

Puede omitir el Paso 4 y presentar un reclamo directamente ante la Administración de Seguros de Maryland antes de recibir la decisión de la aseguradora de salud si:

- la aseguradora de salud renuncia al requisito de que usted primero apele, o
- si la aseguradora de salud no sigue ninguna parte de su proceso de apelación interna, o

⁴ En este folleto, aseguradora de salud incluye compañías de seguros de salud, HMO y planes de seguro de salud sin fines de lucro.

⁵ Un proveedor de atención médica incluye a su médico, un hospital o una persona con licencia para brindar servicios de atención médica, como un psicólogo, quiropráctico o fisioterapeuta.

⁶ Según la ley de Maryland, los proveedores pueden apelar la decisión en nombre del paciente si el paciente da su consentimiento.

- si muestra una razón convincente, como demostrar que una demora podría ocasionarle la muerte, un deterioro grave de la función corporal, una disfunción grave de un órgano, podría ser una amenaza para usted o para otros, o podría causar que continúe experimentando síntomas de abstinencia graves.

Se considera que es un peligro para usted mismo o para los demás si no puede realizar actividades de la vida diaria o cuidarse sin peligro o consecuencias inminentes.

Paso 5: si el experto médico independiente considera que el servicio de atención médica recomendado por su proveedor de atención médica es médicamente necesario, el Comisionado de Seguros, después de considerar todos los hechos de su caso, puede ordenar a su aseguradora de salud o HMO que pague por el servicio de atención médica de acuerdo con su póliza.

Usted tiene el derecho de apelar otras decisiones de cobertura tomadas por su aseguradora de salud o HMO, pero esas apelaciones no necesariamente deben ser revisadas por un experto médico independiente.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO CON LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO DE MARYLAND:

Los reclamos deben recibirse por escrito e incluir un formulario de consentimiento firmado. Comuníquese con la MIA para saber cómo presentar un reclamo de la siguiente manera:

Administración de Seguros de Maryland
A la atención: Consumer Complaint Investigation Life and Health/Appeals and Grievance
200 St. Paul Place, Suite 2700
Baltimore, MD 21202

Teléfono: 410-468-2000 o 800-492-6116
TTY: 1-800-735-2258
Fax: 410-468-2270 o 410-468-2260
(Vida y salud/Apelaciones y reclamos)

O visite nuestro sitio web en www.insurance.maryland.gov.

CÓMO COMUNICARSE CON LA UNIDAD DE EDUCACIÓN Y DEFENSA DE LA SALUD:

Office of the Attorney General
Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Place, 16th Floor
Baltimore, MD 21202

Teléfono: 410-528-1840 o 877-261-8807
Fax: 410-576-6571

O visite el sitio web en www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU

RECURSOS DE SALUD

AGENCIAS DEL ESTADO

**Health Education and Advocacy Unit of the Office of the Attorney General of Maryland
(Unidad de Educación y Defensa de la Salud del Fiscal General de Maryland)**

200 St. Paul Place, Baltimore, MD 21202
410-528-1840 • 877-261-8807
www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/beau

Maryland Department of Aging (Departamento de Envejecimiento de Maryland)

301 W. Preston Street, Suite 1007, Baltimore, MD 21201
410-767-1100 • 800-243-3425
410-333-7943 (Fax)
www.aging.maryland.gov

Maryland Department of Budget and Management Office of Personnel Services and Benefits (Departamento de Presupuesto y Administración de Maryland, Oficina de Servicios y Beneficios de Personal)

301 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
410-767-4765 • 800-705-3493
www.dbm.maryland.gov/Pages/DivOPSB.aspx

Maryland Department of Disabilities (Departamento de Discapacidad de Maryland)

217 E. Redwood Street, Suite 1300, Baltimore, MD 21202
410-767-3660 • 800-637-4113 (Sin cargo/TTY)
www.mdod.maryland.gov

Maryland Health Connection

P.O. Box 857, Lanham, MD 20703
855-642-8572
www.marylandhealthconnection.gov

**Maryland Life and Health Insurance Guaranty Corporation
(Corporación de Garantía de Seguros de Vida y Salud de Maryland)**

6210 Guardian Gateway, Suite 195 APG, Aberdeen, MD 21005
410-248-0407
www.mdlife.org

**Maryland Workers' Compensation Commission
(Comisión de Compensación de Trabajadores de Maryland)**

10 E. Baltimore Street, Baltimore, MD 21202
410-864-5100 • 800-492-0479
www.wcc.state.md.us

Opioid Operational Command Center (Centro de Comando Operativo de Opioides)

800-422-0009 - Línea directa de crisis
<http://beforeitstoolate.maryland.gov/>

Maryland Department of Health (MDH) (Departamento de Salud de Maryland)

201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
410-767-6500 • 877-463-3464
www.health.maryland.gov

Oficinas Dentro del MDH:

Behavioral Health Administration (Administración de Salud Conductual)

Spring Grove Hospital Center
55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228
410-402-8300 • 410-402-8600
<http://bha.health.maryland.gov>

Programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y cervical

410-767-6787 • 800-477-9774
http://phpa.health.maryland.gov/cancer/Pages/bccdt_home.aspx

Financiación de la atención médica (HCF)

410-767-5343

Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC)

4160 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215
410-764-2605 • 888-287-3229
www.hscre.maryland.gov

Juntas y comisiones de profesionales de la salud

4201 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215
410-764-4700
<http://health.maryland.gov/pages/boards.aspx>

Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA de Maryland

410-767-6535 • 800-205-6308
<http://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/pages/madap.aspx>

Programa de plan de salud para niños de Maryland (MCHP)

855-642-8572 - Maryland Health Connection
<http://mmcp.health.maryland.gov/chp>

Maryland Commission on Kidney Disease

(Comisión de Maryland sobre la enfermedad renal)

4201 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215
410-764-4799 • 866-253-8461
<http://health.maryland.gov/mdckd>

Maryland Health Care Commission (Comisión de Atención Médica de Maryland)

4160 Patterson Avenue, Baltimore, MD 21215
410-764-3460 • 877-245-1762
www.mhcc.maryland.gov

Medicaid de Maryland

410-767-5800 • 800-492-5231

<http://mmcp.health.maryland.gov>

Programa de farmacia de Medicaid de Maryland (MPP)

800-492-5231, Opción n.º 3

<http://mmcp.health.maryland.gov/pap>

Guía de recursos de salud oral de Maryland

<http://phpa.health.maryland.gov/oralhealth/Documents/OralHealthResourceGuide.pdf>

Administración de Prevención y Promoción de la Salud de Maryland

410-767-6500 • 877-463-3464

<http://phpa.health.maryland.gov>

Office of Health Care Quality (Oficina de Calidad de Atención Médica)

Spring Grove Hospital Center Bland Bryant Building

55 Wade Avenue, Catonsville, MD 21228

410-402-8000 • 877-402-8218

<http://health.maryland.gov/ohcq/Pages/Home.aspx>

AGENCIAS FEDERALES

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

(Centros de Servicios de Medicare y Medicaid)

7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244

410-786-3000 • 877-267-2323

Centro de servicios de Medicare: 800-633-4227

www.cms.gov

Federal Employees Health Benefits Program Office of Personnel Management

(Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, Oficina de Administración de Personal)

1900 E Street, NW, Room 3443, Washington, DC 20415

202-606-1800 • 800-877-8339 (TTY)

www.opm.gov

Servicio de Impuestos Internos (IRS)

800-829-1040

www.irs.gov

United States Department of Labor (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos)

Employee Benefits Security Administration (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados)

200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210

866-444-EBSA (3272)

www.dol.gov/ebsa

OTROS RECURSOS

Senior Prescription Drug Assistance Program

(Programa de Asistencia para Medicamentos Recetados para Personas Mayores)

628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033

800-551-5995 • 800-877-5156 (TTY/TDD)

www.marylandspdap.com

INFORMACIÓN PARA AYUDAR CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y RECLAMOS RETROSPECTIVOS

La siguiente es una lista de cierta información que debe tener disponible y que puede ayudarle a obtener una autorización previa para los servicios, a reclamar el pago de los servicios o apelar una denegación de reclamo.

Nombre del miembro

Número de identificación del seguro del miembro

Nombre del paciente y fecha de nacimiento

Relación del paciente con usted

Papeleo de tutela

Paciente adulto, autorización para representar

¿El paciente es una amenaza para sí mismo o para los demás?

Nombre de la compañía de seguros, número de teléfono de la compañía de seguros, nombre o número de identificación del plan de seguro

Tipo de plan de seguro:

Plan individual

Plan grupal

Plan de beneficios para empleadores

El plan incluye el beneficio fuera de la red para los servicios solicitados

- Límites en los beneficios, si los hay (como multas o pago reducido de servicios fuera de la red)

El plan no incluye el beneficio fuera de la red para los servicios solicitados

Nombre del proveedor tratante e información de contacto

El proveedor tratante está dentro de la red

El proveedor tratante está fuera de la red

Nombre del médico de atención primaria e información de contacto (si es diferente al proveedor tratante)

Carta de recomendación del proveedor (si se requiere)

Carta del proveedor de necesidad médica para servicios solicitados

Otros proveedores involucrados en el tratamiento

Tipo de servicios solicitados:

Salud mental

Trastorno por consumo de sustancias

Terapia electroconvulsiva (ECT)

Estimulación transcranial repetitiva (rTMS)

Análisis conductual aplicado (ABA)

Pruebas psicológicas

BioFeedback (biorretroalimentación)

Enfermería especializada

Rehabilitación de lesión cerebral traumática

Servicios rehabilitación

• Fisioterapia

• Terapia ocupacional

• Terapia del habla

Medicación

Suministros médicos, equipos o dispositivos

Otros _____

Ubicación de los servicios solicitados:

Consultorio del proveedor tratante

Casa o escuela

Paciente externo

Programa ambulatorio intensivo

Programa de internación parcial

Paciente internado en estado agudo

Rehabilitación para pacientes internados

Desintoxicación aguda para pacientes internados

Residencial

Centro de enfermería especializada

Telesalud

¿El paciente ha sido tratado por esto antes?

En caso afirmativo:

Fechas del (los) tratamiento(s) anterior(es)

Proveedor(es) de tratamiento(s) anterior(es)

Ubicación del (los) tratamiento(s) anterior(es)

Participación del paciente en los costos de los servicios solicitados

Monto del copago

Deducible no abonado

Monto o porcentaje del coseguro

Máximo anual de máximo de bolsill

Esta guía para el consumidor debe usarse sólo para fines educativos. No tiene como objetivo proporcionar asesoramiento u opiniones legales sobre la cobertura incluida en una póliza o un contrato específico. Tampoco debe interpretarse como un aval de ningún producto, servicio, persona u organización mencionada en la misma.

Esta publicación fue producida por la Administración de Seguros de Maryland (MIA) para proporcionar a los consumidores información general sobre cuestiones relacionadas con los seguros y programas y servicios estatales. Esta publicación puede contener material con derechos reservados que se utilizó con el permiso del propietario de tales derechos. Su publicación en el presente documento, sin embargo, no autoriza el uso o la apropiación de dicho material con derechos reservados, sin consentimiento del autor.

Todas las publicaciones emitidas por la MIA están disponibles sin costo en el sitio web de la MIA, o a pedido. La publicación puede reproducirse en su totalidad sin requerir permiso a la MIA, siempre que el texto y el formato no se alteren ni enmienden de ninguna manera, y que no se cobre un cargo por su publicación o duplicación. El nombre y la información de contacto de la MIA deben quedar claramente visibles, y en la reproducción no puede aparecer ningún otro nombre; ni siquiera el de la compañía o agente que reproduce la publicación. No se permiten reproducciones parciales sin previo consentimiento por escrito de la MIA.

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en un formato alternativo. Las solicitudes deben enviarse por escrito al Director de Comunicaciones (Director of Communications), a la dirección que figura abajo.



Maryland

INSURANCE ADMINISTRATION

200 St. Paul Place, Suite 2700

Baltimore, MD 21202

410-468-2000

800-492-6116

800-735-2258 (línea TTY para las personas
con problemas auditivos o del habla)

www.insurance.maryland.gov

www.facebook.com/MdInsuranceAdmin

www.twitter.com/MD_Insurance

www.instagram.com/marylandinsuranceadmin